

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N 521

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre Georges GASNE

né à Paris, le 18 décembre 1904.

**Le Cancer
du confluent biliaire inférieur
et son exérèse**

Président : M. Paul MATHIEU, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1935

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre Georges GASNE

né à Paris, le 18 décembre 1904.

Le Cancer
du confluent biliaire inférieur
et son exérèse

Président : M. Paul MATHIEU, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1935

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale.	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	PROUST.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	gie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
GALLIARD Parasitologie.	JOANNON Hygiène.
GASTINEL Bactériologie.	LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
	LACOMME Obstétrique.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.

MM.
 PIÉDELÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 BEZANÇON
 (Justin) Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUINE.
 ALBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DUVOIR.
 DONZELOT.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LÉRY-RADOT.
 SÉZARY.

} Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

} Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

} Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.
 FREY Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

GEORGES GASNE

Médecin des Hôpitaux de Paris

J'adresse un pieux hommage à son souvenir : c'est à lui que je dois d'avoir fait mes études médicales. Je l'avais pris pour modèle et rêvais de poursuivre plus longtemps la voie qu'il m'avait si brillamment tracée. L'amertume de ne pouvoir y parvenir a contribué à fortifier en moi ses qualités morales, ses sentiments de devoir et de conscience professionnelle; celles-là ne dépendent que de moi, j'espère arriver à égaler les siennes.

Ma Mère m'a élevé dans son souvenir, je l'associe spécialement ici à l'hommage que je rends à mon Père en lui dédiant cette thèse et lui adresse le témoignage de ma profonde affection.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL MATHIEU

Professeur de Clinique Chirurgicale Orthopédique de l'adulte
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Officier de la Légion d'Honneur

Nous remercions Monsieur le Professeur Paul Mathieu du grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse, et, nous le prions de trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN QUENU

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Bon-Secours
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur. Coix de Guerre

Qui nous a fait le grand honneur de nous accueillir comme interne dans son service et a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse. Nous lui exprimons ici nos remerciements pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et notre reconnaissance pour son précieux enseignement, en l'assurant de notre attachement et de notre respectueuse affection.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ RICHARD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien en chef de l'Hôpital Maritime de Berck
Chevalier de la Légion d'Honneur. Croix de Guerre

Nous sommes heureux de remercier Monsieur le Docteur André Richard, sous la direction cordiale de qui nous avons maintes fois travaillé et qui a bien voulu nous conseiller au cours de nos études. Nous lui exprimons spécialement l'assurance de notre gratitude pour nous avoir guidé de son expérience et de ses conseils dans l'étude de la tuberculose osseuse à l'Hôpital Maritime de Berck.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD,

in memoriam

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECENE, *in memoriam*

MONSIEUR LE DOCTEUR JULES RENAULT

MONSIEUR LE DOCTEUR BRECHOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR BESANÇON

MONSIEUR LE DOCTEUR FREDET

MONSIEUR LE DOCTEUR A. RICHARD

Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN QUENU

(Hôpital Bon-Secours)

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

OBERLIN, MONLONGUET-DOLERIS

Chirurgiens des Hôpitaux

MIGNOT, BARON, MOZER, DELAHAYE

Médecins et Chirurgiens assistants des Hôpitaux

GANDY, Chirurgien assistant de l'Hôpital Bon-Secours

INTRODUCTION

Nous avons été amené à faire notre thèse sur ce sujet bien limité à propos d'un malade opéré par notre Maître le Professeur agrégé Jean QUÉNU, dans son service de l'hôpital N.-D. de Bon-Secours.

Ce malade est décédé un an après l'intervention, d'une affection intercurrente, ce qui nous a malheureusement pas permis d'étudier les suites éloignées; néanmoins il ne présentait ni récurrence locale, ni généralisation.

Par plus d'un point ce cas nous a intéressé, et en relisant ce qui avait été écrit sur ce sujet nous avons pensé qu'il pouvait être profitable de réunir, dans un ouvrage d'ensemble, ce que les auteurs ont écrit à propos des quelques cas rares observés par chacun d'eux.

Nous avons été encouragé en lisant la conclusion du Professeur Paul MATHIEU dans le rapport qu'il fit au Congrès de Chirurgie de 1923, à propos des tumeurs de la voie biliaire principale¹ : « La lecture des observations ne permet qu'une conclusion : L'intervention radicale pratiquée dans des conditions favorables donne des résultats qui sont au moins aussi satisfaisants que ceux de l'opération palliative ».

Il ressort des observations que nous avons lues que le

(1) Prof. P. MATHIEU. XXXII Congrès de Chir. Paris, 1923, p. 531.

cancer du carrefour biliaire inférieur est un des cancers qui reste le plus longtemps bien limité et de petites dimensions, qu'il n'envahit pas ou peu les ganglions, qu'il ne métastase que très tardivement au cours de son évolution, toutes conditions favorables à son exérèse chirurgicale, et, au maintien d'une longue survie. Son siège même, à distance du hile hépatique, au milieu du bord libre du petit épiploon rend l'abord de la tumeur relativement aisé.

Deux conditions sont à la base de presque tous les échecs opératoires : les accidents de rétention biliaire ayant trop gravement atteint la cellule hépatique; la difficulté qu'il y a, dans beaucoup de cas, à rétablir la continuité de la voie biliaire principale.

Il est une troisième cause d'échec que nous avons retrouvée dans un trop grand nombre de cas : la méconnaissance du cancer au cours même de l'intervention, et l'établissement aveugle d'une simple cholécystostomie. Cette dernière cause peut être facilement évitée et bien peu de chirurgiens actuellement ne cherchent pas, avant tout acte thérapeutique, à confirmer ou à réformer leur diagnostic clinique par une exploration complète de toutes les voies biliaires extra-hépatiques quand ils interviennent sur cette région.

La cause liée aux accidents dûs à la rétention biliaire prolongée doit tendre également à disparaître; de plus en plus en effet, l'ictère par rétention implique la nécessité d'une laparotomie, même si le diagnostic étiologique n'est pas fait cliniquement.

Quant aux difficultés de technique opératoire, elles ne sont pas insurmontables.

Bien des procédés ont été pratiqués pour rétablir la continuité de la voie biliaire principale, même dans les cas qui paraissaient les plus défavorables.

Nous essaierons de montrer les avantages de chacun d'eux afin que dans un cas particulier le chirurgien puisse adopter celui qui convient le mieux aux conditions anatomiques de son opéré.

OBSERVATION INEDITE (Jean QUÉNU).

Monsieur D., 57 ans.

Entre le 13 janvier 1934 à l'Hôpital N.-D. de Bon-Secours. Il avait été vu par le Professeur agrégé Marcel BRULÉ qui a bien voulu compléter notre observation. Il vient consulter pour un ictère datant de 2 mois. Le début peut être précisé par le malade au 11 novembre 1933. Ce jour-là, il a ressenti une douleur assez violente dans l'hypochondre droit, ne s'accompagnant ni de fièvre, ni de vomissement. C'est le 14 novembre que l'ictère a fait son apparition. Depuis cette date la teinte jaune s'est accentuée, un prurit intense est apparu, le malade présente de l'anorexie, il maigrit et accuse une fatigue générale lui ayant permis toutefois de continuer ses occupations jusqu'à ces derniers temps.

On ne relève dans ses antécédents aucune maladie grave et en particulier, pas de manifestation de lithiasé biliaire.

A l'examen, on est en présence d'un homme amaigri, présentant sur toute la surface du corps une teinte jaune très accentuée. On note, sur les membres surtout des lésions cutanées de grattage, témoins de son prurit intense.

Ses selles sont complètement décolorées, graisseuses, d'odeur nauséabonde.

Ses urines sont foncées et contiennent en abondance des pigments et des sels biliaires.

Son foie déborde le rebord costal droit de trois travers de doigts. On ne sent pas la vésicule. Il n'existe pas de

douleur à la palpation. Il n'y a pas d'ascite et la rate n'est pas augmentée de volume.

Malgré la présence d'un ictère par rétention, une radiographie avait été faite en province, après ingestion de tétraïode : la vésicule n'a pas été opacifiée et on ne voyait pas de calcul.

A son entrée à l'hôpital nous lui fîmes une épreuve de Meltzer-Lyon : elle a donné le résultat suivant :

tube 1 : Solution très diluée, légèrement alcaline,

tube 2 : Bile. Pigments. Pas de sang,

tube 3 : Traces de pus. Bile diluée.

Le résultat a été le même après un second tubage duodénal pratiqué le surlendemain.

La température du malade était normale; son pouls non ralenti.

La tension artérielle était à 12-8 au Pachon.

Temps de saignement : 2 minutes.

Temps de coagulation : 3 minutes.

Urée sanguine : 0,33 par litre.

L'examen des urines au laboratoire a montré :

Sucre : traces.

Albumine : 0 gr. 20 par litre.

Présence de sels et de pigments biliaires.

Le diagnostic porté fut celui de néoplasme obstruant les voies biliaires.

L'intervention décidée pour, au minimum parer aux accidents de cholémie menaçante, fut pratiquée par le Docteur Jean QUÉNU, le 20 janvier 1934.

Compte rendu opératoire : Anesthésie : éther + CO². Incision médiane.

Foie gros, distendu par la bile. Vésicule vide. Pancréas normal. En palpant le petit épiploon, on sent près de son bord libre une tumeur grosse comme une noisette. En la libérant, on constate qu'elle siège au carrefour hépato-

cystique. Au-dessus de la tumeur, le canal hépatique est distendu et visible sur une hauteur de 2 cm. environ. Au-dessous de la tumeur, le cholédoque est plat et mince, le cystique également.

On coupe le cholédoque et on lie son bout inférieur.

On coupe le cystique et on lie son bout supérieur.

On coupe enfin l'hépatique. A ce moment, il s'écoule environ 1/4 de litre de bile blanche sous pression.

On attire le bulbe duodénal qui est assez mobile et on le fixe par 4 ou 5 points au bord postérieur de l'hépatique. Puis on y fait un petit orifice et on y engage un tube de caoutchouc large de 8 mm. environ, long de 8 cm. On place ensuite 4 ou 5 points en avant. De plus, on serre modérément 2 ligatures au gros catgut l'un au-dessus de la suture sur l'hépatique, l'autre au-dessous de la suture sur le duodénum. On recouvre en plus cette ligne de suture avec un lambeau d'épiploon. On laisse la vésicule.

On ferme en un plan au coton avec un drain cigarette.

L'examen macroscopique de la pièce montre un épaissement des parois et une petite tumeur bourgeonnante intracavitaire.

L'origine du cystique n'est pas envahi par la tumeur.

Examen histologique (D^r LAVEDAN).

La tumeur se présente sous deux aspects histologiques nettement distincts.

A la surface, au niveau de la muqueuse, elle est constituée par des éléments cylindriques disposés en boyaux pseudo-glandulaires, ramifiés sous forme d'abondantes arborisations. Les cellules allongées, relativement larges, parfois cubiques ont un noyau étiré, à réseau chromatique dense et cytoplasma mince, faiblement acidophile et d'aspect hyalin.

PLANCHE I

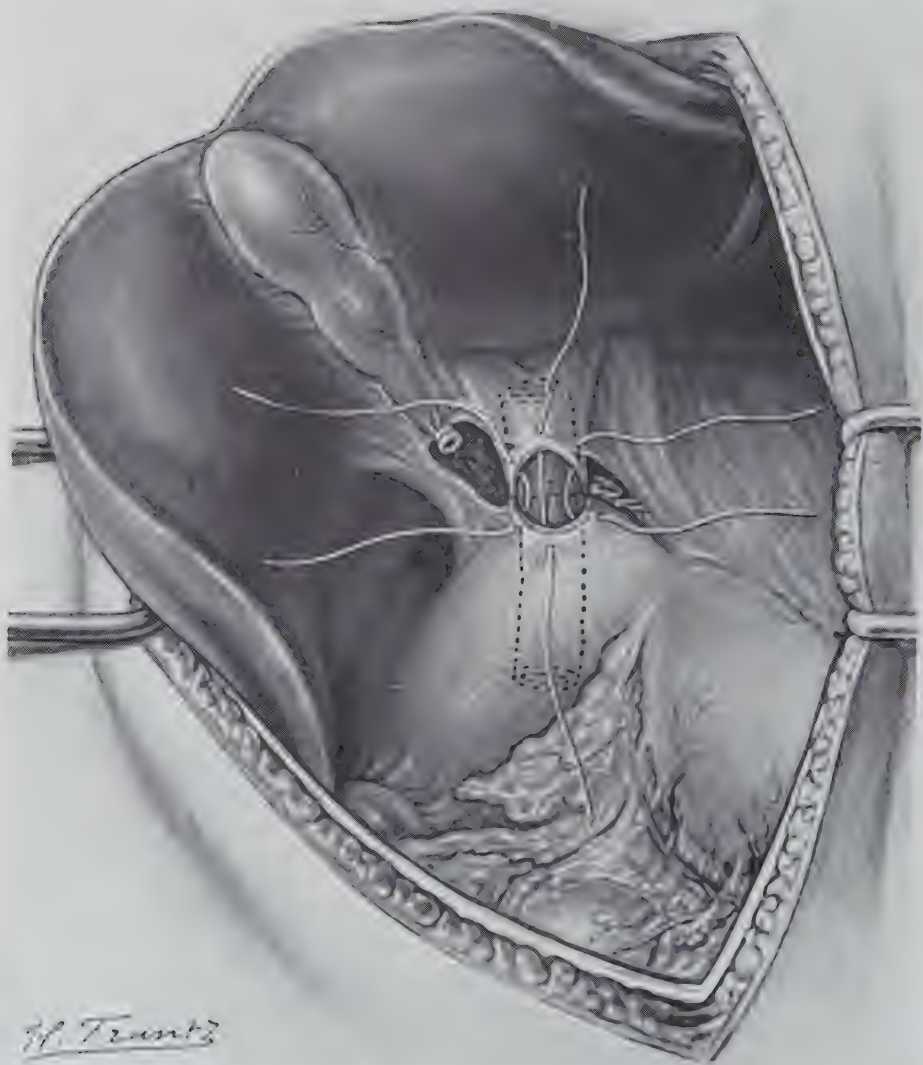
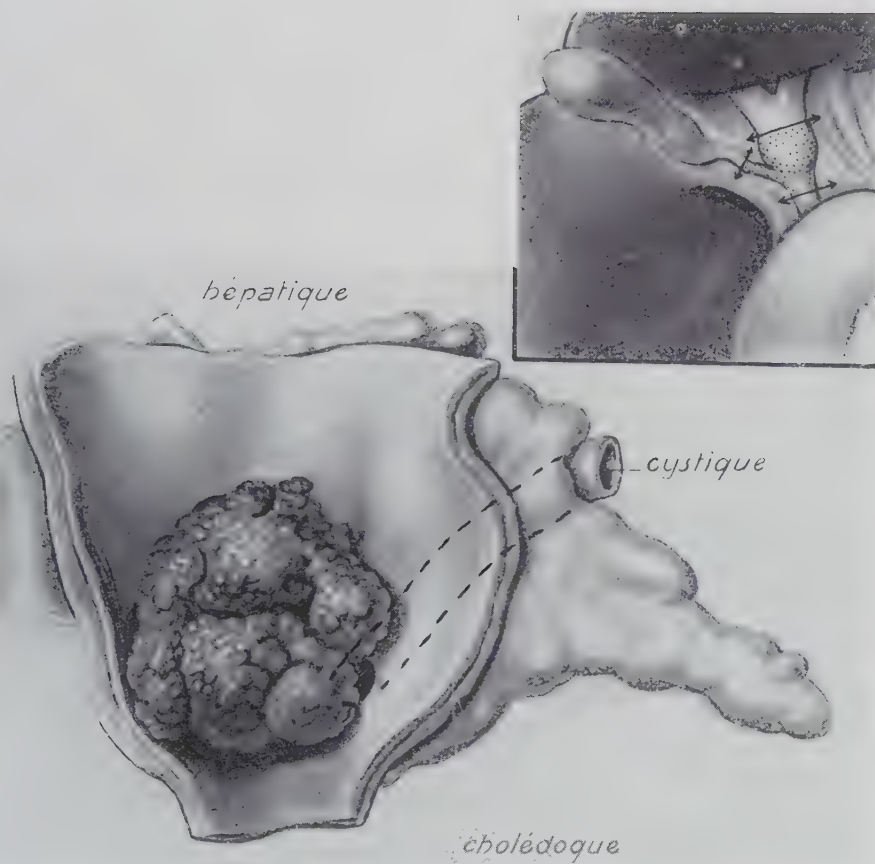


PLANCHE II



Dans la profondeur de la paroi canaliculaire, la tumeur se présente tantôt sous forme de cordon plus ou moins longs, tantôt sous forme de nappes plus ou moins étendues, tantôt sous forme de nids composés de quelques cellules; on trouve même par endroits des éléments absolument isolés. Les cellules sont très petites, polyédriques, leur noyau arrondi ou ovalaire est riche en chromatine, leur cytoplasma est peu abondant.

Entre ces deux aspects morphologiques, il existe toute une série d'images de transition, notamment par places, une tendance des éléments atypiques à la formation d'ébauches glandulaires qui permet de suivre la filiation entre les éléments cylindriques et les éléments atypiques.

A noter la présence de gros troncs nerveux, très nombreux à certains endroits et presque toujours envahis par des coulées néoplasiques.

Epithélioma cylindrique typique à la surface, dédifférencié et très envahissant dans la profondeur.

Les suites opératoires furent immédiatement simples. La température n'a pas excédé 38,5 après l'opération et elle était tombée le 4^e jour à 37,5;

Les fils furent enlevés les 9^e et 15^e jour, la plaie était cicatrisée. Le drain perdu fut retrouvé dans les selles le 14^e jour.

Les urines étaient de plus en plus claires, cependant les selles n'étaient pas recolorées et l'ictère persistait.

A partir du 15^e jour, la température est légèrement remontée aux environs de 38°, l'état local demeurait satisfaisant, mais le malade a présenté quelques troubles psychiques avec agitation nocturne. Le Professeur agrégé Marcel BRULÉ fut appelé en consultation. On découvrit une légère infection urinaire en rapport avec des cathé-

térismes de l'urètre que le malade se faisait lui-même, la nuit, clandestinement.

C'est dans cet état que le malade a quitté l'hôpital sur sa demande le 10 février, soit 21 jours après l'intervention. A ce moment, les selles commençaient à se recolorer.

Nous avons appris que ce malade était décédé en janvier 1935, un an après l'opération.

Nous avons pu avoir par son médecin traitant des renseignements très précis sur son état depuis son départ de l'hôpital :

L'ictère avait complètement disparu. Malheureusement, ce malade avait l'habitude de se sonder lui-même sans raison; il a fait des accidents d'infection urinaire avec urines purulentes et accès de température. Ses troubles psychiques se sont accentués : idées de suicide, excitation maniaque, agitation extrême le rendant dangereux pour lui-même et pour son entourage. Finalement le malade a succombé avec des signes de cachexie et d'amaigrissement très rapides. Il n'a jamais été constaté de signes de généralisation néoplasique.

De l'obstruction biliaire il n'a persisté qu'une légère augmentation de volume du foie et une seule petite poussée d'ictère qui n'a duré que 2 ou 3 jours.

HISTORIQUE

En 1909, le Professeur Edouard QUÉNU¹, pouvait écrire : « L'histoire chirurgicale des tumeurs des voies biliaires date pour ainsi dire d'hier ». Il cite la date de 1890, comme début de cette chirurgie en rappelant seulement quelques opérations palliatives faites auparavant ainsi que l'essai d'exérèse d'un cancer de la vésicule de Bardenheuer et l'observation intéressante de cholécystectomie de Hochenegg où la malade ne présentait pas de signe de récidence 8 mois après.

Des travaux nombreux ont été publiés sur la chirurgie du cancer des voies biliaires entre 1894 et 1900.

Dans cette période pourtant, si les chirurgiens ont été tentés par l'exérèse d'un cancer de la vésicule, ils considéraient comme impossible l'intervention radicale dans le néoplasme des conduits biliaires.

En Allemagne, le point de départ de ces études est la clinique de CZERNY avec les travaux de HEDDOENS, de PÉTERSEN et ceux de KEHR.

L'Angleterre et l'Amérique y contribuent avec KELYNACK, ELLIOT et MAYO-ROBSON.

En France, le mémoire de TERRIER et AUVRAY est le premier qui accorde de l'importance au traitement des tumeurs des voies biliaires. Cependant là encore, aucune

(1) Prof. E. QUÉNU : Rev. Chir., 1909, t. XXXIX, p. 245.

observation ne peut être rapportée de traitement radical du cancer des conduits biliaires.

Ce n'est qu'à partir de 1902 que les exérèses de cancer des canaux biliaires ont été tentées avec le très beau cas de KEHR opéré le 21 novembre de cette année.

Le Professeur Edouard QUÉNU remarquait déjà dans son travail que seule la limitation du néoplasme justifie l'intervention radicale. Il termine en disant¹ : « Peut-on espérer que dans l'avenir il sera possible de déceler d'assez bonne heure des cancers du confluent ou de l'ampoule, pour les trouver opératoirement limités et utilement enlevables ? C'est possible; jusque-là le hasard seul pourra fournir, à de rares intervalles, l'occasion d'un exceptionnel succès ».

Depuis 1909, des travaux nombreux se sont intéressés à la question du cancer du confluent biliaire inférieur.

Citons en France :

DELORE et WERTHEIMER; LUBIN; LENORMAND; COTTE; LECÈNE et surtout l'intéressant rapport du Professeur MATHIEU, au congrès de Chirurgie de 1923.

A l'étranger, James MARSHALL de la clinique MAYO a écrit un ouvrage sur les tumeurs des conduits biliaires; PAL-LIN a fait sur ce sujet un travail très documenté.

Nous ne pensons pas qu'ils aient fourni des éléments capables de déceler le cancer d'une façon précoce. Mais avec les autres travaux sur la chirurgie des voies biliaires, ils ont élargi le cadre des interventions chirurgicales et par-tant, le hasard sera plus fréquent qui permettra de découvrir un cancer du confluent extirpable.

(1) Prof. E. QUÉNU : Revue Chir., 1909, t. XXXIX, p. 266.

ETUDE CLINIQUE

ETIOLOGIE

Quelques notions sont un peu particulières à l'étiologie du cancer du confluent biliaire inférieur :

La fréquence, l'âge et le sexe du sujet, les antécédents lithiasiques.

Le rôle de l'hérédité, celui de la répartition géographique, ne sont ici pas plus importants que pour les autres localisations cancéreuses.

La localisation au niveau du carrefour biliaire inférieur est très rare : BORELIUS (LUND), sur 250 cas d'affections des voies biliaires recueillis en 10 ans, ne trouve que 2 cancers primitifs des voies biliaires principales, soit moins de 1 % contre 21 cancers de la vésicule.

Cependant, parmi les cancers de la voie biliaire principale, celui du confluent hépato-cystique est le plus fréquent puisque sur les 14 cas que ce même auteur cite, 8 appartiennent au cholédoque près de la jonction avec l'hépatique, pour 1 de la bifurcation hépatique et 5 de l'ampoule de Vater et il ajoute :

« En dehors de ces cancers vatriens toujours un peu discutables comme point de départ, les cancers les plus authentiques de la voie biliaire principale sont ceux du carre-

four cholédoco-cystique : c'est un fait sur lequel toutes les statistiques s'accordent »¹.

Pour BROCC et MADURO, un tiers seulement des cancers des voies biliaires principales siège au niveau du confluent.

Dans le rapport de LAPOINTE et RAYMOND, on relève pour 117 cancers des voies biliaires principales, 37 cas de cancers du confluent, soit 31,6 %.

James MARSHALL, de la MAYO Clinique donne la statistique suivante :

Sur 22.000 opérations pratiquées en 20 ans sur l'appareil biliaire, il a relevé 49 cas de cancers primitifs des voies biliaires dont 45 opérés, se répartissant ainsi :

4 cas du canal hépatique droit ou gauche.

2 cas du canal hépatique commun.

1 cas de l'union des 2 hépatiques.

5 cas du cystique.

11 cas de la jonction du cystique et de l'hépatique.

11 cas du cholédoque (ampoule de Vater comprise).

Soit 26,5 % des cancers des voies biliaires principales siégeant au niveau du confluent biliaire inférieur.

D'après ces statistiques, on voit que la fréquence de la localisation qui nous intéresse est diversement interprétée par les auteurs. Elle varie de 26 à 50 % sur l'ensemble des cancers des voies biliaires principales. Nous pensons pouvoir trouver une explication à ces divergences en considérant la variabilité anatomique du confluent lui-même. Nous aurons l'occasion d'y revenir en traitant de l'anatomie-pa-

(1) BORÉLIUS (Lund) : Le cancer primitif des voies biliaires principales : Beiträge zur Klinischen Chirurgie, 1908, t. LXI, p. 256.

thologique; rappelons dès maintenant cependant que l'éperon qui sépare l'hépatique du cystique peut être très long et faire croire à un examen rapide qu'une tumeur siégeait en plein canal commun alors qu'en réalité elle se localisait au confluent lui-même.

Pour expliquer cette fréquence relative au confluent, on peut, sans doute invoquer le fait qu'à ce niveau, étant donnée la disposition anatomique le cours de la bile est modifié dans son débit et qu'il existe un certain ralentissement. Il est plus modifié encore par la présence de la dérivation du cystique et de la vésicule, qu'au niveau du confluent supérieur où la bile peut s'écouler facilement dans le canal hépatique commun, et qu'au niveau de l'ampoule de Vater où elle s'écoule dans le duodénum.

On ne peut pas ne pas penser, que, ce ralentissement ne puisse jouer un rôle dans la genèse du cancer, peut-être seulement d'ailleurs comme « épine irritative », quand on le compare aux autres portions du tube digestif où les néoformations se développent de préférence aux endroits où cette modification de débit existe, comme au niveau de l'œsophage par exemple.

Le malade qui fait l'objet de notre thèse était âgé de 57 ans. C'est en effet à l'âge moyen de la vie que l'on rencontre le plus fréquemment le cancer du confluent biliaire inférieur : entre 45 et 70 ans s'accordent à dire les auteurs. Cette localisation est d'après tous les ouvrages beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme à l'inverse du cancer de la vésicule qui survient surtout dans le sexe féminin. RHENTER et REBATTU citent la proportion

de 65 % de cancer des voies biliaires principales chez l'homme.

L'association à la lithiasie biliaire a fait l'objet de nombreuses statistiques; elles concordent toutes pour prouver que la coïncidence est moins fréquente que dans le cancer de la vésicule. Dans 30 % des cas seulement, DONATI relève l'association. D'après ses travaux cependant on la rencontrerait davantage au niveau du confluent que dans les autres localisations sur la voie biliaire principale.

D'après ces données, on peut résumer l'étiologie du cancer du confluent biliaire inférieur en disant que si c'est une localisation rare, elle se rencontre de préférence chez l'homme aux environs de la cinquantaine et n'ayant pas de passé lithiasique.

Il est bien évident cependant qu'il faut savoir penser au diagnostic de cancer chez un ancien lithiasique. Nous croyons même que cette erreur a été la cause la plus fréquente d'interventions tardives attendant un rétablissement de l'état général qui ne pouvait se produire.

SYMPTOMATOLOGIE.

Les phénomènes cliniques qui accompagnent le début et l'évolution du cancer du confluent biliaire inférieur forment toujours un syndrome assez commun.

Et pourtant, on peut aisément dire, pour le confluent inférieur ce que James MARSHALL de la Mayo Clinique remarque très justement à la terminaison du cholédoque ¹ : « Il n'y a pas de place dans le corps humain, en dehors du système nerveux, où une tumeur, bien que petite ne présente des signes plus répandus et n'entraîne communément des conséquences plus désastreuses ».

Jamais à notre connaissance le diagnostic exact en tant que nature et localisation de la lésion n'a pu être fait.

Les symptômes en effet sont dûs davantage à la présence même de la tumeur qu'à sa nature; des affections de voisinage si nombreuses dans cette région anatomiquement et physiologiquement complexe, peuvent en emprunter les signes.

D'après les observations que nous avons détaillées nous avons essayé de tracer un tableau clinique forcément très schématique.

Le symptôme essentiel est la présence d'un *ictère par rétention*; il ne manque pour ainsi dire jamais et c'est pour

(1) James MARSHALL : Surg. Gyn. and. Obs. Janv. 1932, N° 1, t. LIV, p. 6.

ce signe qu'on est amené à voir le malade pour la première fois.

L'ictère est apparu progressivement, sa teinte s'accroît de jour en jour, sans période de rémission; il peut devenir très foncé en quelques semaines. La teinte jaune s'étend aux téguments et aux muqueuses.

La rétention biliaire se manifeste dans les selles qui apparaissent d'emblée, ou rapidement, blanches mastic, pâteuses, d'odeur nauséabonde.

Les urines souvent diminuées de quantité, prennent une teinte foncée; elles contiennent des pigments et des sels biliaires.

Dans les 8 à 15 jours qui ont précédé l'apparition de l'ictère, on peut par l'interrogatoire, retrouver une période douloureuse. C'est un fait important à signaler car bien des auteurs ne pensent pas au néoplasme de ce fait même. Or, la douleur n'est pas un signe de calcul, c'est la manifestation d'une « colique » des voies biliaires et elle accompagne fréquemment le début de toute gêne du transit de la bile qu'elle qu'en soit la cause. C'est une douleur sourde, siégeant sous le rebord costal droit et pouvant irradier dans les lombes et vers l'épaule droite; elle s'atténue progressivement dans les premières semaines et en fait le malade ne souffre pas ou peu quand on le voit.

Rapidement apparaît un autre signe de cholémie : le *prurit*, mais il n'est pas absolument constant. Quand il existe il devient vite très intense, empêchant le sommeil du malade, parfois intolérable à tel point que l'intervention a pu être décidée pour parer à ce seul signe.

Dans la règle, si l'évolution se poursuit inexorablement,

elle le fait sans gros fracas. Il n'existe pas, en l'absence de complication, d'élévation thermique; le pouls est quelquefois ralenti, en rapport avec l'état cholémique. Les troubles digestifs sont à peine marqués : un peu d'anorexie surtout pour la viande et les aliments gras, quelques nausées. Mais il est un autre symptôme qui là encore a son importance, c'est l'*amaigrissement* progressif du malade : de semaine en semaine, il perd du poids et on le voit s'émacier, ce seul signe doit faire soupçonner le néoplasme.

L'examen physique du malade est le plus souvent bien peu démonstratif :

En dehors de l'ictère et de la fonte musculaire, on note un léger endolorissement sous le rebord costal droit. *Le foie est augmenté de volume* et de semaine en semaine, on perçoit son augmentation; son bord supérieur a pu être percuté dans le 4^e espace intercostal, tandis que son bord inférieur était palpé sur l'horizontale passant par l'ombilic; dans la majorité des cas, il ne déborde le rebord costal que de 2 à 3 travers de doigts; sa surface est lisse, à peine sensible.

Quant à *l'état de la vésicule*, aucune règle fixe ne peut être donnée. Elle n'est quelquefois pas perceptible à la palpation, et parfois énorme pouvant descendre comme il a été vu jusque dans la fosse iliaque. Son état ne permet absolument pas de préjuger du siège de l'obstacle. Nous nous sommes reportés pour contrôler nos impressions à la thèse de M. MOCQUOT, sur « l'état de la vésicule dans les obstructions des voies biliaires .» « En clinique, conclut-il ¹, l'occlusion d'une même portion des voies biliaires en-

(1) Mocquot : Th. Paris 1909, t. 26, p. 77.

traîne des modifications variables de la vésicule parce que d'autres facteurs sont en jeu » et il cite : l'état de la vésicule au moment où s'établit l'obstruction ; la rapidité avec laquelle se constitue l'occlusion complète, la durée et les caractères de la phase préoblitérante.

D'après les expériences que cet auteur a faites sur l'animal, une ligature du confluent hépato-cystique provoque d'abord une augmentation de la vésicule qui se remplit d'une sécrétion muqueuse liquide et incolore, puis une rétraction et l'atrophie de cet organe.

Notre malade se trouvait au maximum dans les conditions expérimentales : pas de passé lithiasique, une obstruction complète et relativement rapide puisqu'elle s'est constituée en deux mois, à l'intervention, aucune inflammation péribilaire : pourtant *sa vésicule était petite*. Peut-être a-t-elle été grosse dans les premières semaines et s'est-elle rétractée secondairement, c'est possible.

On voit combien il est difficile d'établir une règle, aussi pensons-nous que jusqu'à présent on ne peut tirer aucune conclusion de l'état de la vésicule dans les ic-tères chroniques par rétention.

Chez certains malades, on a trouvé deux autres signes physiques : l'augmentation du volume de la rate et l'ascite. Ces symptômes ont leur importance, car ils peuvent s'expliquer par la compression de la veine porte par la tumeur. Dans un cas qui a été publié¹, le cancer n'a pu être extrait parce qu'il tenait intimement à ce vaisseau.

(1) TESSON : Un cas de cancer primitif des voies biliaires siégeant à l'union des canaux hépatique et cystique. Bull. Soc. Anat. Fév. 1902, p. 141.

Nous pensons donc que la splénomégalie et l'ascite sont des signes de gravité.

Tel est l'aspect clinique du cancer du confluent biliaire inférieur. Son évolution se poursuit inexorablement jusqu'à la mort en l'absence de toute intervention.

Dans ces conditions, la durée totale de la maladie n'excède pas un an et il est des formes rapides où la mort survient en deux mois.

FORMES CLINIQUES.

BROCQ et MADURO ont pu décrire deux aspects cliniques du cancer du confluent biliaire inférieur.

— Une forme pseudo-lithiasique se caractérisant par un ictère accompagné de douleurs à type de coliques hépatiques; des poussées fébriles; pas de vésicule perceptible.

— Une forme pseudo-pancréatique avec un ictère indolent, apyrétique, une distension de la vésicule biliaire rappelant le cancer du pancéas.

Signalons qu'il peut exister des formes où, dans le début, l'ictère n'est pas permanent, mais accuse des périodes de rémissions avant de s'établir d'une façon définitive.

Citons pour mémoire la forme anictérique décrite par DURAND-FARDEL.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A l'examen des pièces anatomiques la tumeur apparaît toujours de petite dimension et nous la voyons le plus souvent comparée à une noisette. Elle est bien limitée mais son siège exact est difficile à déterminer ; cela tient, nous l'avons déjà signalé, à la variabilité anatomique du confluent lui-même. Le cystique et l'hépatique peuvent être accolés sur plusieurs centimètres avant de se confondre dans le cholédoque.

Si, dans certains cas, la tumeur obstrue à la fois les trois conduits, ce n'est pas la règle et l'une des trois branches peut être respectée. Sur les 37 cas que LAPOINTE et RAYMOND ont étudiés la tumeur envahissait :

- 17 fois les trois canaux ;
- 11 fois le cholédoque et le cystique ;
- 7 fois l'hépatique et le cystique ;
- 2 fois le cholédoque et l'hépatique.

Chez notre malade, l'orifice du cystique était respecté par la tumeur. On ne peut dans ces cas expliquer l'obstruction complète réalisée en réalité que par refoulement de l'éperon du confluent.

La tumeur elle-même se présente sous différents *aspects macroscopiques*. C'est :

Tantôt un squirrhe qui envahit le canal en virole et rétrécit sa lumière.

Tantôt une véritable tumeur bourgeonnante qui obstrue le conduit et peut présenter parfois le type vilieux.

Il s'agit enfin le plus souvent d'une forme mixte : squirrheuse-tumorale.

L'*examen histologique* montre qu'il s'agit dans la règle d'un épithélioma cylindrique ordinaire. Dans quelques cas la tumeur s'est développée aux dépens des éléments glandulaires. Dans tous les autres, c'est dans l'épithélium de surface qu'elle prend naissance. Toujours elle est bien limitée, la muqueuse étant ordinairement seule atteinte ; la musculuse est rarement envahie et seulement au voisinage de la sous-muqueuse ; elle n'est en tous cas jamais dépassée.

L'envahissement de la vésicule par la tumeur est souvent réalisé, mais il est bien difficile dans ce cas de déterminer le point de départ exact du néoplasme. Quoiqu'il en soit le problème de l'intervention radicale se pose dans les mêmes conditions, c'est pourquoi nous en avons fait rentrer deux cas dans nos observations. (obs. III et IV).

Les ganglions du ligament gastro-hépatique sont rarement envahis. D'après DONATI, sur 34 cancers du confluent la dégénérescence ganglionnaire est mentionnée 5 fois.

La possibilité de métastases est indéniable, mais elles sont rares : Quand elles existent, elles siègent le plus souvent au niveau du foie ; mais elles peuvent se rencontrer également au péritoine, à la plèvre, au poumon. La précocité de la rétention biliaire, et l'évolution rapide, leur donne rarement le temps de se réaliser.

L'*état des voies biliaires* est remarquable. Au dessous

de la lésion, le cholédoque est normal. Au dessus existe toujours une dilatation considérable. Le foie est gorgé de bile; le canal hépatique est très augmenté de volume, il peut atteindre les dimensions d'une anse grêle. Il contient sous pression un liquide clair, transparent. Il ne s'agit pas d'une acholie par dégénérescence de la cellule hépatique, puisque la bile réapparaît lorsqu'on fait un drainage permanent. Cette sécrétion semble provenir des glandes muqueuses annexées aux conduits biliaires. Cette hydropisie des voies biliaires peut être totale et atteindre les canaux biliaires intra-hépatiques. C'est ainsi que dans l'observation de LAMÉRIS (obs. VI) et dans une autre de BIER¹ sur un cas de cancer du cholédoque, elle se manifestait par de petites vésicules remplies de ce même liquide clair disséminées sur la surface du foie.

Nous avons suffisamment insisté sur l'état de la vésicule et la coexistence possible de lithiase pour ne pas y revenir ici.

L'hypertrophie de la rate que l'on rencontre parfois a pu être attribuée à la cirrhose hépatique; nous avons vu qu'elle peut relever de la compression de la veine porte; de même la présence d'ascite quand elle existe.

Enfin, il est un point intéressant à signaler : l'infection biliaire n'est pas fréquente à l'inverse de ce que l'on rencontre dans l'obstruction par calcul.

(1) In Th. Hieroenymus Uliszewski th. greifswald, 1902.

INTERVENTION RADICALE

INDICATIONS OPÉRATOIRES.

Si le diagnostic de cancer est posé cliniquement, ou même seulement s'il est soupçonné, l'indication opératoire est formelle : il faut intervenir; il faut toujours espérer pouvoir enlever la tumeur et faire courir au malade le risque d'une plus longue survie; au minimum, on pourra faire une opération palliative capable d'éviter les accidents de cholémie. La seule contre-indication est tirée d'un état général trop précaire pour pouvoir supporter le shock opératoire.

Dans la plupart des cas où le diagnostic étiologique n'est pas fait, les indications sont celles de l'ictère chronique par rétention.

S'il n'existe ni signes d'infection biliaire, ni signes de déficience hépatique marquée, la nécessité d'une laparotomie exploratrice s'impose après essai de courte durée d'un traitement médical : le malade a tout à gagner pour un risque opératoire réduit au minimum.

En cas de déficience hépatique, une simple laparotomie exploratrice peut être grave et il ne faut la faire que devant une nécessité. Un traitement médical préopératoire est indispensable pour diminuer les risques de mort par hémorragie ou collapsus.

Au cours de l'intervention, si l'on se trouve en présence d'un cancer du confluent hépato-cystique, que peut-on être en droit de tenter ? Beaucoup de chirurgiens se sont contentés de faire une intervention palliative : elles se sont révélées extrêmement meurtrières.

Le Professeur Edouard QUÉNU pour le cancer de l'ensemble des conduits biliaires traités par des opérations palliatives cite la proportion de 70 % de mort dans les drainages, et de 75 % dans les anastomoses. Certes, l'intervention radicale est également très grave, mais la mortalité post-opératoire n'est pas plus élevée autant qu'on puisse en juger d'après le peu de cas publiés. Il ne faut pas craindre de la faire cependant, car elle semble la plus logique et c'est après elle que les plus longues survies ont été obtenues.

Nous pensons donc que l'intervention palliative doit actuellement être réservée aux cas où la tumeur ne peut être enlevée à cause de son étendue, de ses adhérences aux gros vaisseaux, à cause de l'existence de symptômes de généralisation hépatique ou ganglionnaire.

Mais d'après ce que nous avons lu, au niveau du confluent biliaire inférieur, le cancer reste longtemps petit, bien limité, donc le chirurgien sera le plus souvent dans des conditions favorables à son exérèse : dans ces cas, l'intervention radicale doit être pratiquée. En réalité, il n'y a pas grand'chose à perdre et il peut y avoir beaucoup à gagner.

EXAMEN PRÉOPÉRATOIRE.

Chez tout malade en état de rétention biliaire, un examen minutieux doit être fait pour déterminer autant que possible le degré de résistance du sujet à l'intervention. A ne pas le faire, on expose le malade à des risques post-opératoires considérables.

Chacune des fonctions du foie peut être touchée avec prédilection. Malheureusement, il est extrêmement difficile d'évaluer cette déficience avec certitude.

A ce propos, la thèse récente de LAFITTE est fort intéressante. Il expose dans le détail les épreuves capables de renseigner autant qu'il est possible sur l'état du foie. Dans ses conclusions il dit ¹ : « La fonction hémocrasique demeure normale dans les affections qui, pendant une partie plus ou moins longue de leur évolution, n'exercent pas de répercussion sur la glande hépatique : cancer du foie, cancer des voies biliaires, de l'estomac, ictères par rétention néoplasiques. En pareil cas d'ailleurs, le galactose est normal. »

Trois examens sont indispensables :

Le dosage de l'urée sanguine ; la recherche du temps de saignement et du temps de coagulation ; l'examen complet des urines. Enfin, il faut ajouter la tension artérielle. Un traitement médical de quelques jours peut ramener vers la normale les résultats obtenus et mettre le malade dans de meilleures conditions opératoires.

(1) Abel LAFITTE : La fonction vasculo-sanguine du foie en pathologie digestive. Thèse Paris, 1934, p. 222. Amédée Legrand, édit.

INTERVENTION RADICALE.

Nous n'avons pas à insister ici sur le choix de l'anesthésie. La question a été longuement étudiée par les auteurs.

Notre malade a été endormi à l'éther à l'aide du masque d'OMBRÉDANNE permettant l'inhalation intermittente de gaz carbonique.

De même, de nombreuses *incisions cutanées* ont été préconisées pour permettre l'abord facile de la région sous-hépatique. Nous ne pensons pas que dans le cas présent, il soit tellement nécessaire de faire des incisions très mutilantes, difficiles et longues à reconstituer : il s'agit toujours d'un sujet assez amaigri, et le plus souvent d'un homme.

L'incision médiane xypho-ombilicale que nous avons faite sur notre opéré nous a donné un jour tout à fait suffisant. Il en est presque toujours ainsi sous deux conditions :

1° cambrer le malade par un dispositif attenant à la table d'opération ou un coussin de sable indépendant.

2° avoir deux aides, dont l'un tient une valve tirant vers l'épaule droite et extérise le foie par son bord antéro-inférieur maintenu au moyen d'une compresse.

L'exploration est le premier temps de l'intervention : il faut assurer le diagnostic. C'est un temps capital et il doit être fait minutieusement; nous avons lu des observations où le cancer passé inaperçu à l'intervention n'avait été découvert qu'à l'autopsie.

C'est à ce moment qu'il faut se rappeler que l'état de la vésicule ne suffit pas à porter un diagnostic du siège de l'obstacle. L'erreur peut être grave, car si une cholécysto-duodénostomie ou une cholécystostomie peuvent parer aux accidents cholémiques d'un cancer du pancréas, elles ne peuvent rien contre un cancer du confluent.

Même le liquide vésiculaire retiré par ponction ne donne pas d'indications, et il ne faut l'évacuer dans ce premier temps opératoire que si la vésicule est trop volumineuse pour permettre une exploration facile des canaux biliaires.

Le plus souvent c'est l'aspect du foie qui fait suspecter un obstacle : il est gros, gorgé de bile, sa surface est lisse et même dans un cas de SPINDLER (obs. VII), elle était parsemée de petites vésicules à contenu clair, témoins de l'énorme distension en amont de l'obstacle.

Pour localiser la lésion au niveau du confluent biliaire inférieur, il faut passer l'index dans l'hiatus de Winslow et pincer le bord libre du petit épiploon. On sent alors une petite tumeur de la dimension d'une noisette, elle est dure et fixe. Si elle est unique, s'il n'existe pas autour de la vésicule et des voies biliaires de réaction inflammatoire, si au-dessus d'elle le canal hépatique est distendu, il faut penser au cancer.

Sa reconnaissance est plus difficile s'il coexiste des calculs. Nous avons vu que l'association n'était pas exceptionnelle. Nous pensons que le procédé le plus sûr est alors l'exploration intrinsèque : après avoir incisé la vésicule, on la vide de ses calculs et on cathétérise le cys-

tique, au besoin, on incise ce canal de proche en proche jusqu'à la tumeur.

Le deuxième temps de l'opération est de s'assurer des *possibilités d'exérèse*. Il faut rechercher une métastase hépatique possible; il faut palper le petit épiploon et vérifier si des ganglions petits et durs n'indiquent pas une dissémination au-dessus des ressources de la cure radicale. Il faut surtout s'assurer de la mobilité de la tumeur sur la veine porte.

Après avoir protégé par des champs la région opératoire, on pratiquera l'exérèse du cancer en enlevant en bloc tout le confluent biliaire inférieur.

Faut-il faire systématiquement une *cholécystectomie* ? Bien qu'elle ait été pratiquée dans presque toutes les interventions radicales, nous ne pensons pas qu'elle soit nécessaire lorsque la vésicule est d'apparence saine ou atrophiée, exclue, non calculeuse. Il est démontré, et la thèse de M. MOCQUOT le prouve, que la ligature du cystique entraîne une réaction, puis une atrophie complète de cet organe. La rétraction de la vésicule nécessite de plus une perte de temps, et nous pensons qu'il ne faut pas la faire comme premier temps de l'intervention, sauf si par son volume ou ses adhérences elle gêne l'abord de la région opératoire. Elle nécessite la ligature de l'artère cystique, elle laisse à la face inférieure du foie une surface cruentée qu'il est souvent difficile de péritoniser, qui risque de saigner au cours et surtout après l'intervention. Enfin, il est une autre raison qui plaide en faveur du maintien de la vésicule, nous l'avons vu deux fois servir à rétablir la continuité de la voie biliaire principale (obs. X et XVI).

Deux fois également, elle fut laissée en place sans inconvénient par PALLIN (obs. XIII), et par nous-même.

Nous avons pratiqué l'exérèse de la tumeur très facilement en sectionnant successivement le cholédoque, le cystique et l'hépatique. Il faut bien entendu se méfier de la veine porte. Pour éviter de blesser ce vaisseau, après avoir soigneusement isolé et lié le cholédoque, on relève le confluent vers le haut pour faciliter l'isolement des deux autres pédicules. L'hépatique doit être coupé en dernier lieu, c'est en effet lui le plus difficile à repérer en raison de ses dimensions accrues parfois de façon considérable. Il s'écoule à sa section, en abondance plus ou moins grande, un liquide limpide.

Une fois le confluent hépatocystique enlevé il faut rétablir la continuité de la voie biliaire principale.

Sans doute, si l'opération a été longue et difficile, si le malade paraît shocké et supporte mal l'anesthésie, on peut faire une hépaticostomie et réopérer la fistule biliaire qui s'ensuit dans un second temps (obs. VI). Nous ne croyons pas que ce soit un avantage, car si la rétention biliaire disparaît, l'écoulement total de la bile au dehors empêche ces malades de se remettre du premier shock opératoire. Il est préférable de tenter d'emblée une intervention complète.

Souvent ce dernier temps est rendu difficile : la perte de substance de la voie biliaire principale peut être considérable, jusqu'à 5 à 6 cm. et empêche dans la plupart des cas une réunion de l'hépatique au cholédoque.

Même si le bout à bout est possible, la suture circulaire n'est jamais satisfaisante en raison de la différence de

calibre des 2 conduits. Enfin si l'on veut la faire à tout prix, elle risque de lâcher sous une tension trop grande ou de réaliser ensuite une sténose cicatricielle.

Nous tenons donc la suture bout à bout comme un mauvais procédé et pourtant nous le voyons réalisé dans 7 cas (obs. : II; V; VII; XI; XII; XIV; XV). Il nous semble préférable de lier et d'abandonner à lui-même l'extrémité distale du cholédoque qui se rétracte en arrière du duodénum.

Dans quel segment du tube digestif faut-il alors dériver la bile ? Deux notions doivent guider le chirurgien dans ce choix :

1) essayer de réaliser au maximum les conditions physiologiques : c'est une notion commune à toute thérapeutique chirurgicale.

2) Craindre l'angiocholite ascendante : c'est l'infection, la cause la plus fréquente de mort rapide après l'intervention; en effet, le sphincter d'Oddi n'est plus là pour empêcher le reflux du contenu digestif dans les voies biliaires.

Ces deux raisons doivent faire écarter comme très mauvaise l'anastomose avec le colon. Le contenu de cet organe est extrêmement septique et de plus, la bile dans le colon n'a plus aucune raison d'être puisque son rôle est d'agir avec le suc pancréatique. Mieux vaudrait alors faire une hépaticostomie externe.

Trois segments du tube digestif ont été employés : l'estomac, le duodénum et le jéjunum. Ici le contenu digestif n'est septique qu'au minimum et anatomiquement l'anastomose est assez voisine du point de déversement

normal de la bile pour que celle-ci puisse conserver son rôle dans la digestion.

On a reproché à l'anastomose gastrique de faire arriver la bile alcaline dans un milieu très acide.

On peut reprocher à l'anastomose jéjunale de déverser la bile en aval du point d'abouchement du canal pancréatique; on lui a surtout reproché d'allonger beaucoup plus la durée de l'intervention.

En fait, c'est le duodénum qui semble le mieux répondre aux deux conditions que nous avons signalées; c'est lui qui a été le plus souvent employé.

En réalité, il faut se baser pour le choix du lieu de l'anastomose sur des raisons de commodité technique: chez ces malades, l'opération doit être simple et rapide.

De nombreuses méthodes ont été employées pour réaliser la réparation de la voie biliaire principale:

I. *Indirectement*. — On cite des cas de reconstitution par greffes aponévrotiques, veineuses, appendiculaires, elles n'ont jamais été employées dans le cas de cancer et d'ailleurs leur réalisation ne doit être ni rapide, ni facile.

La vésicule a servi à faire des plasties. Le procédé nous a paru ingénieux, mais il nécessite deux anastomoses.

Dans un cas, on anastomosa d'abord l'hépatique au col de la vésicule, puis on fit une cholécysto-duodénostomie (obs. X).

Dans un autre cas, on réunit également d'abord l'hépatique au col de la vésicule, et on termina par une suture circulaire du cystique au cholédoque (obs. XVI).

La guérison opératoire fut obtenue dans les deux cas, donc le procédé paraît devoir être retenu.

Dans des cas particulièrement difficiles où la vésicule avait été enlevée, on se contenta de combler la perte de substance par un drain de caoutchouc et une épiplooplastie sans essayer la suture directe. Nous pensons comme LECÈNE que c'est un pis-aller.

II. *Directement.* — Les procédés les plus séduisants sont ceux qui visent à anastomiser directement l'hépatique au tube digestif : cela réalise un trajet plus court et plus physiologique.

On a pu le réaliser par trois procédés :

1) La mobilisation de la première portion du duodénum qui permet de remonter cette portion du tube digestif jusqu'au contact de l'hépatique. Cette mobilisation est bien décrite dans le procédé de KOCHER. Nous pensons que faite ainsi, sans prothèse interne, elle risque de tirer sur les sutures et d'aboutir à une fistule biliaire.

2) L'anastomose en Y avec le jéjunum. Cette méthode, pour ingénieuse qu'elle paraît est longue à réaliser et elle nécessite deux sutures dont une circulaire.

3) La dernière méthode est possible dans la plupart des cas; elle a l'avantage d'être rapide et de ne pas nécessiter des sutures dont on soit sûr au point de vue étanchéité; pour la réaliser plus communément, il est bon de faire diminuer dans ce temps, la cambrure lombaire.

Il faut pouvoir fixer par 2 ou 3 points le bord postérieur de l'hépatique au duodénum, au besoin en le mobilisant.

On pratique ensuite un petit orifice dans le duodénum, contre l'accolement, et on y introduit l'une des extrémités d'un drain dont l'autre s'engage dans l'hépatique. On essaie de réunir en avant, par des points séparés, et l'on

termine par une épiplooplastie. On peut employer soit un drain perdu qui s'éliminera spontanément dans les selles; soit un drain en T que l'on sera obligé de retirer; dans ce dernier cas, on risque de voir s'établir une fistule biliaire qui se fermera d'ailleurs spontanément en quelques semaines si l'anastomose est bien réalisée. Ce procédé a l'avantage de calibrer l'anastomose et d'éviter les rétrécissements cicatriciels secondaires.

WALTON décrit un procédé nouveau qu'il a employé avec succès : Il fait une plastie sur tube de caoutchouc en s'aidant d'un lambeau pédiculé taillé sur le duodénum. Ce procédé nous paraît plus long et trop minutieux à réaliser.

C'est le procédé du drain perdu que nous avons réalisé sur notre malade : il s'est éliminé spontanément le 14^e jour et la plaie cutanée s'est cicatrisée par première intention.

Il est encore un point sur lequel nous voulons insister, c'est le drainage de la région opératoire. Il ne faut pas hésiter à le faire : s'il n'est pas utile, il ne retarde pas la cicatrisation de la plaie. Certains auteurs insistent sur la nécessité qu'il y a à ne pas mettre de drain au contact des sutures et nous avons vu MAYO se le reprocher dans une observation de cancer du cholédoque¹. Le cas qu'il présente est démonstratif et pourtant, nous ne pensons pas qu'il faille trop généraliser. Nous employons couramment avec pleine satisfaction ce que LECÈNE appelait le « drain cellophane ». Il est constitué par une mèche de gaze

(1) W. MAYO. *Ann. of Surgery*. July, 1905.

enroulée sur une cellophane; on peut en réaliser de différents calibres. Ils sont faciles à stériliser, ils ont plus de souplesse que le drain caoutchouc et aspire mieux par capillarité; ils sont moins difficiles et moins douloureux à enlever que la simple mèche de gaze.

RESUME DES OBSERVATIONS PUBLIEES

OBS. I. — *Kehr*, Munch. Médi. Woch, 1903, t. I;
p. 101.

Opéré en 1902.

Résection de l'hépatique et du cholédoque.

Cholécystectomie.

Hépatico-duodénostomie. Guérison opératoire.

Mort au bout de 2 ans 1/2 (abcès du foie).

OBS. II. — *Jaboulay*, 1903, In *Patel*, Lyon Méd.,
t. CI; p. 1002.

Résection de l'hépatique et du cholédoque.

Cholécystectomie.

Suture bout à bout.

Mort le 4^e ou 5^e jour (choc et septicémie).

OBS. III. — *Mayo*, 1905. Ann. of Surgery. July, 1905;
p. 91.

Cancer de la vésicule étendu au confluent.

Résection de la vésicule et du confluent.

Hépatico-duodénostomie.

Guérison opératoire.

Mort 13 mois après de récidence.

OBS. IV. — *Vautrin*, 1907, Archiv. provinciales de Chir.,
t. XVI; p. 138-148.

Cancer du cystique étendu à la vésicule et au confluent.

Résection de la vésicule et du confluent.

Hépaticostomie.

Guérison opératoire. Mort la 8^e semaine.

(reprise de l'ictère et intolérance gastrique).

OBS. V. — *Verhoogen*, 1908, Centralblatt f. Chir., t. I;
p. 790.

Résection du confluent.

Anastomose bout à bout sur tube coudé avec issue
du tube à l'extérieur.

Guérison opératoire maintenue 16 mois après.

OBS. VI. — *Lameris* (Utrecht), Zentralblatt f. Chirur.,
t. XXXIX, N^o 49; p. 1665 à 1667.

1^{er} Temps : Résection de la tumeur. Cholécystecto-
mie. Drainage de l'hépatique.

2^e Temps : 6 mois après. Cholangio-jéjunostomie.

Guérison. Mort un an après la 1^{re} opération (pleuro-
pneumonie).

OBS. VII. — *Hertle*, 1909 (Spindler, Wien. Méd. Woch,
1911), N^o 26, p. 936.

Résection de l'hépatique et du cholédoque.

Cholécystectomie.

Suture bout à bout. Drainage de l'hépatique.

Mort le 6^e jour (myocardite?).

OBS. VIII. — *Littlewod*, 1910 (Lancet, 1910), t. I;
p. 1349.

Résection de l'hépatique et du cholédoque.

Cholécystectomie.

Guérison opératoire. Pas de résultat éloigné.

OBS. IX. — *Kehr*, 1911 (in Pallin).

Résection de l'hépatique et du cholédoque.

Cholécystectomie.

Hépatico-duodénostomie.

Mort le 2^e jour.

OBS. X. — *Desjardins*, 1912, Paris Chir., t. IV, p. 135.

Résection du confluent.

Hépatico-cystostomie + Cholécysto-duodénostomie.

Guérison opératoire.

OBS. XI. — *Fritz Konig*, 1912 (in Flugger), th. Marburg, 1913.

Résection de l'hépatique et du cholédoque.

Cholécystectomie.

Anastomose sur drain de caoutchouc.

Guérison opératoire.

Mort au bout de 4 mois de cachexie.

OBS. XII. — *Kehr*, 1913 (in Pallin).

Résection de l'hépatique et du cholédoque.

Cholécystectomie.

Suture bout à bout sur drain en T.

Guérison opératoire.

Mort le 4^e mois d'angiocholite.

OBS. XIII. — *Pallin*, 1917, Beiträge f. Chir., 1921, t. CXXI; p. 135.

Résection de l'hépatique et du cholédoque.

Vésicule laissée en place.

Hépatico-duodénostomie.

Guérison opératoire.

Mort le 11^e mois d'angiocholite.

OBS. XIV. — *Amberger*, 1921. Arch. F., Klinische Chir., t. CXVII; fasc. 1, p. 189-192.

Résection de l'hépatique et du cholédoque.

Cholécystectomie.

Rapprochement bout à bout sur drain en T.

Guérison opératoire.

Revu en bonne santé un an après.

OBS. XV. — *Dimitriu*, 1922, Spitalul, N° 11-12 nov.,
déc. 1922; p. 325.

Résection du confluent.

Suture bout à bout par invagination du cholédoque
dans l'hépatique.

Guérison opératoire.

Mort 2 mois après environ.

OBS. XVI. — *Weiss*, 1924, in Thèse Strasbourg, 1924.

Résection de l'hépatique et du cholédoque.

Implantation de l'hépatique dans le col de la vésicule + suture bout à bout du cystique au cholédoque.

7 jours après, nécessité de pratiquer une fistule biliaire.

Mort 5 mois après d'une hémorragie intestinale.

OBS. XVII. — Jean QUÉNU, 1934.

Résection du confluent.

Hépatico duodénostomie sur drain perdu.

Guérison opératoire.

Mort un an après d'infection urinaire, cachexie sans
signe de récurrence.

CONCLUSIONS

Le Cancer du confluent hépato-cystique est rare. Le diagnostic n'est pour ainsi dire jamais fait avant l'opération.

Tout au plus, chez un malade atteint d'ictère par rétention, peut-on prévoir qu'il y a un obstacle sur la voie principale, que cet obstacle est une tumeur. Mais quant à localiser son siège, entre le hile du foie et la papille de Vater, aucun signe ne le permet.

L'évolution clinique est rapide, la mort survient par rétention biliaire et insuffisance hépatique avant que la tumeur ait eu le temps de s'étendre ou de se généraliser.

Les opérations palliatives n'ont donné que de courtes survies.

Les opérations d'exérèse n'ont été que trop rarement pratiquées pour qu'il soit possible d'apprécier les résultats éloignés qu'on est en droit d'en attendre. Néanmoins, lorsque ces opérations se présentent dans des conditions techniques favorables, nous pensons qu'elles méritent d'être tentées : elles ne sont pas sensiblement plus graves que les opérations palliatives et permettent d'espérer, sinon une guérison indéfinie, du moins une survie de quelque durée.

La principale difficulté est le rétablissement du cours de la bile : car il faut évidemment tout faire pour éviter la fistule biliaire. Mais cette difficulté est commune aux opérations palliatives et aux opérations d'exérèse.

Vu :

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu :

Le Président de la Thèse,
Paul MATHIEU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES CONSULTÉS

Français :

- BAUDOIN, Croix-de-vie, Vendée. — Un nouveau procédé opératoire de cholangio entérostomie. Arch. provinciales de Chir. T. XVIII; N° 4; Avril 1909; p. 234 à 247 avec 1 fig.
- BROCQ et MADURO. — Cancer du carrefour hépato-cholédoco-cystique. Revue de Chir. T. LXII; p. 316.
- COTTE. — 1) Traitement chirurgical lithiasé biliaire et ses complications. Thèse Lyon 1908.
2) Traitement chirurgical du cancer des voies biliaires. Revue Chir. T. XXXIX; p. 1135.
- DELORE et WERTHEIMER. — Anastomoses entéro-biliaires. Revue Chir. 1921 LIX; N° 6; p. 400-418.
- P. DUVAL et A. RICHARD. — Le drainage transvratérien par tube perdu dans la cholédocotomie. Journal de Chir. T. XXVI; 2 Août 1925; p. 129.
- GOSSET. — Chirurgie du canal cholédoque et du canal hépatique. 21^e Congrès de Chirurgie 1908.
- LAFITTE. — La fonction vasculo-sanguine du foie en pathologie digestive. Th. Paris 1934; Amédée Legrand, édit.
- LAPOINTE et RAYMOND. — Cancer du canal hépatique et du confluent hépato-cholédococystique. (Arch. Générales de Chirurgie 1908; p. 263).

- LECÈNE. — Notes sur l'état du foie et de la rate après la ligature du canal cholédoque. Arch. de Médecine Exp. et d'Anatomie Path.; Mars 1904; p. 191.
- LECÈNE et d'ALLAINES. — La réparation de la voie principale ou sa dérivation dans le tube digestif dans les cas difficiles. Journal de Chir. 1922; T. XX; p. 237.
- LENORMANT. — Opération radicale du cancer vatérien. Presse Médicale 8 Février 1913.
- LUBIN. — Les anastomoses bilio digestives. Thèse Paris; 1926.
- MATHIEU. — Rapport au congrès Français de Chirurgie, 1923; p. 529.
- MOCQUOT. — Sur l'état de la vésicule dans les obstructions des voies biliaires. Thèse Paris, 1909.
- POLICARD. — Précis d'histologie pathologique. Collection Testut, Doin, éditeur.
- E. QUÉNU. — Cancer des voies biliaires : 1) De l'opération radicale dans le. Revue Chir., 1909; T. XXXIX; p. 245.
2) Valeur thérapeutique des opérations palliatives dans le. Revue Chir., 1909; T. XXXIX; p. 463.
- RHENTER et REBATTU. — Cancer primitif des canaux biliaires. Revue Générale. Gazette des Hôpitaux, octobre 1908; N° 116; p. 1.383 et N° 119; p. 1.419.
- TERRIER et AUVRAY. — Revue de Chir., Paris, 1900; p. 141.
- TESSON. — Un cas de cancer primitif des voies biliaires siégeant à l'union des canaux cystique et hépatique. (Bull. de la Société Anatomique, février 1902; p. 141).
- TUFFIER. — Epithélioma du confluent cystico-hépatique. Bull. et Mémoire de la Société de Chirurgie, 15 février 1906; p. 156.
- WEISS. — Dérivation de la bile dans les occlusions non lithiasiques des voies biliaires. Thèse Strasbourg, 1924.

Etrangers :

AMBERGER, Frankfurt-a-M. — Extirpation d'un carcinome du cholédoque. *Archive für Klinische Chirurgie*, 1921; T. cXVII; fasc. 1; p. 189-192.

J. BORELIUS, Lund. — Le cancer primitif des voies biliaires principales. *Beitrage zur Klinischen Chirurgie*, 1908; T. LXI; décembre; p. 239 à 265. in *Journal de chir.*, 1909; T. 2; p. 212.

BRUNNER, Zurich. — L'hydropisie et l'empyème des voies biliaires dans l'obstruction chronique du cholédoque. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*; T. CXI; fas. 4-6; septembre 1911; p. 344 à 356 avec 1 fig.); in *Journal de Chir.*, novembre 1911; T. VII; p. 592

DOBERAUER, Komotau. — Un cas de cancer du canal cholédoque opéré. *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*; T. LXVII (Festband für t. Wölfler), avril 1910; p. 472 à 480). In *Journal de Chir.*, juin 1910; p. 684.

DZIEMBOWSKI. — Des opérations anastomosantes dans la chirurgie des voies biliaires. *Congrès Français de Chirurgie*, 1933; p. 377.

GUTOWITZ, Baden. — Construction à l'étude du cancer primitif des gros canaux biliaires. *Wiener Klinische Rundschau*; T. XXIV; N° 23-24-25-26; 5, 12, 19 et 26 juin 1910. In *Journal de Chir.*, 1910; p. 214.

HOTZ, Bâle. — Drainage dans le cancer des voies biliaires (*zentralblatt für Chirurgie*, 1921; T. XLVIII; N° 27; p. 959). In *Journal de Chir.* 1921; T. 18; p. 552.

JAMES M. MARSHALL, Mayo. — Tumeurs of the bile ducts Surgery. *Cynecology and obstetrics*; T. LIV; N° 1; p. 6; janvier 1932.

JUDD and GRAY (de la Mayo Clinic). — Carcinoma of the Gall bladder and bile ducts. Surgery, Gynecology and obstetrics; T. LV. Septembre 1932, N° 3; p. 308.

- W. KAUSCH (Schöneberg). — L'hydropisie totale des voies biliaires dans l'occlusion chronique du cholédoque et son importance chirurgicale. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1911; T. XXIII, fasc. 1; p. 138. In Journal de Chir. Juin 1911; T. VI; p. 682.
- LAMERIS (Utrecht). — Hépatocholangio-enterostomie. Zentralblatt für Chirurgie; T. XXXIX; N° 49, 7 Décembre 1912; p. 1665 à 1667.
- W. MAYO. — Some remarks on cases involving opérative loss of continuity of the common bile ducts. Ann. of Surgery. July 1905.
- G. PALLIN (Lund-Suède). — Cancer du canal hépatique et du cholédoque. Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1920; T. CXXI, fasc. 1; p. 68-84 et 84-138 avec 13 fig.
- WALTMANN WALTERS M. D. — Résection of the common and hépatic ducts and ampulla of Vater for obstructing lésions; résultats in thirty cases Surgery, gynecology and obstétrics. Février 1933; p. 235.
- WALTON (London). — Reconstitution de la voie biliaire principale. The British Journal of Surgery. Octobre 1921; T. IX, N° 34; p. 169-178 avec 6 fig. In Journal de Chir.; T. XIX, 1922; p. 86.
- WILMS (Heidelberg). — Remplacement du cholédoque par un simple drain de caoutchouc. Berliner Klinische Wochenschrift; T. LXIX, N° 12, 18 Mars 1912; p. 536-537. In Journal de Chir., 1912; T. VIII; p. 578.

